

Fibrillation atriale asymptomatique : que faire ?

La fibrillation atriale asymptomatique ou « silencieuse » est extrêmement fréquente. Les études par enregistrement Holter de longue durée permettant de corréler symptômes et épisodes d'arythmie ont montré que plus de 50 % des épisodes de fibrillation n'étaient pas ressentis, que 25 % des patients ayant au moins un épisode symptomatique avaient aussi des épisodes asymptomatiques, et qu'une proportion identique n'avait que des épisodes silencieux. Le qualificatif « asymptomatique » doit toutefois être nuancé par le fait que les scores de qualité de vie sont modestement mais significativement altérés chez les patients ayant une fibrillation asymptomatique comparés à des patients appariés sans fibrillation atriale. Les facteurs qui conditionnent le caractère symptomatique ou asymptomatique d'une fibrillation restent mal connus : le type évolutif (symptômes plus fréquents et plus marqués dans les formes paroxystiques), la personnalité du patient (personnalité anxiodépressive) et son mode de vie (actif ou sédentaire) ont une influence.

Risque évolutif

À score de risque égal, le risque de complications est identique, que la fibrillation atriale soit symptomatique ou asymptomatique. Cela est parfaitement illustré par l'étude ASSERT¹ récemment publiée ; 2 580 patients âgés de 65 ans ou plus, sans fibrillation atriale connue, ont été implantés avec un stimulateur ou un défibrillateur double-chambre pour indication conventionnelle. Les boîtiers étaient dotés de puissantes fonctions mémoire permettant le diagnostic et la quantification de la fibrillation atriale. Après 3 mois, un ou plusieurs épisodes de fibrillation « silencieuse » ont pu être documentés chez 10,1 % des patients. Lors d'un suivi moyen de 2,5 ans, le taux d'accidents thromboemboliques (accident vasculaire cérébral ou embolies périphériques) a été plus de 3 fois supérieur dans le groupe « fibrillation atriale documentée » que dans le groupe « sans fibrillation » (1,69 vs 0,69 % par an ; $p = 0,007$). Dans cette population de patients appareillés, le taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque

n'était pas différent dans les deux groupes.

La prise en charge du risque thromboembolique doit donc être la même, que la fibrillation atriale soit symptomatique ou asymptomatique, et quel que soit son mode de découverte, fondé sur le score CHA₂DS₂-Vasc.

Le principal danger de la fibrillation atriale « silencieuse » est qu'en l'absence de symptômes d'alerte le diagnostic est souvent retardé. Il n'est malheureusement pas exceptionnel qu'elle se révèle par une complication, en particulier un accident thromboembolique.

En ce qui concerne le traitement « rythmique », il est conseillé d'instituer un contrôle de fréquence si le rythme cardiaque est trop rapide ; en revanche, il n'y a pas d'indication sauf cas particulier, à un traitement de contrôle du rythme dans la mesure où son efficacité n'est actuellement démontrée que sur les symptômes. •

RÉFÉRENCES

1. Camm J, Kirchhof P, Lip G, et al. The task force for the management of atrial fibrillation European Society of Cardiology (ESC) guidelines for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2010;31:2369-429.
2. Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. N Engl J Med 2012;366:120-9.

Les AVC liés à la fibrillation atriale sont souvent plus graves car de localisations multiples, associés à des transformations hémorragiques importantes, et sont grevés d'une mortalité hospitalière de 20 %, à laquelle on peut ajouter une mortalité dans l'année qui suit d'environ 50 %.⁸ La lourdeur des séquelles est aussi plus importante. Malheureusement, les signes d'alerte comme l'accident ischémique transitoire sont plus rares. Il est essentiel de rappeler que le risque d'AVC est le même dans la fibrillation atriale paroxystique, persistante et permanente. Par-

fois, c'est la réalisation d'une imagerie cérébrale non motivée par une suspicion d'accident thromboembolique qui détecte les foyers ischémiques silencieux.

Fibrillation atriale et insuffisance cardiaque

La mauvaise tolérance hémodynamique de la fibrillation atriale s'explique par la perte de la systole atriale, l'irrégularité des cycles, la rapidité de la cadence ventriculaire et l'hétérogénéité du flux coronarien. De plus, une accélération prolongée de la fréquence cardiaque au-delà de 130 batt/min peut aboutir à la création d'une véritable tachycardiomyopathie avec réduction de la fraction d'éjection ventriculaire gauche et remodelage défavorable du ventricule gauche. Ce phénomène est résolutif par le contrôle de la fréquence dans les objectifs habituels de 60 à 90 batt/min au repos et 110-120 à l'effort ou, mieux, le contrôle du rythme.

L'association fibrillation atriale-insuffisance cardiaque est fréquente : le risque de développer une insuffisance cardiaque en présence d'une fibrillation atriale est de 33 pour 1 000 personnes-années, et celui de développer une fibrillation atriale en cas d'insuffisance cardiaque est de 54 pour 1 000 personnes-années.⁹ En fait, la prévalence de la fibrillation atriale dans l'insuf-

POUR LA PRATIQUE

- » La fibrillation atriale est souvent asymptomatique. Son profil évolutif dépend des facteurs étiologiques qu'il faut contrôler.
- » Les deux principales complications de la fibrillation atriale sont l'accident thromboembolique et l'insuffisance cardiaque, ce qui augmente la mortalité totale imputable à la fibrillation.
- » L'altération de la qualité de vie génère un coût de santé important.